45e Année. — N° 35. Vendredi 2 Septembre 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Épidémiologie : Étiologie et prophylaxie de la rougeole dans l'armée, par A. Marvaud, médecin principal de 1re classe, 550. — **Revue de la presse** : Le rhumatisme articulaire noueux chez les enfants, par le Dr Albert Delcourt, 551. — **Académie de médecine** : *Séance du 30 août* 1898. Présidence de M. Panas, 553. — **Congrès de la tuberculose** : *Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août* 1898, sous la présidence de M. Nocard (*suite*). — Des formes associées de la phtisie pulmonaire, 553. — Sur l'hérédité dans la tuberculose, 553. — Étiologie des tuberculoses locales, 553. — Tuberculose locale chez les vieillards et hérédité tuberculeuse, 554. — Intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale, 554. — Syphilide mutilante des extrémités ayant revêtu la forme d'une lésion tuberculeuse, 555. — **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** : *Tenu à Angers du 1er au 7 août* 1898. — Des délires transitoires au point de vue médico-légal, 555. — Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux, 556. — Les troubles psychiques post-opératoires, 557. — Tumeur du corps calleux, 557. — Paraplégie spasmodique et dégénérescence des faisceaux pyramidaux. — La trépanation dans l'épilepsie, 558. — Des centres corticaux des viscères, 558. — **Congrès dentaire** : *Lyon* : 11-14 *août* 1898. — De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion, 558. — Le chrysol en chirurgie et dans l'art dentaire, 559. — Sur un cas d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur; enlèvement de nombreux séquestres; conservation des dents; guérison complète, 559. — **Nouvelles**, 559.

EPIDÉMIOLOGIE

—

Etiologie et Prophylaxie de la Rougeole dans l'armée.

Par A. Marvaud,
Médecin Principal de 1re classe,
Directeur du service de Santé du 17e corps d'armée.
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

INTRODUCTION

Fréquence de la rougeole dans l'armée française a l'intérieur et particulièrement dans les garnisons du 17e corps d'armée.

La rougeole constitue actuellement la plus répandue et la plus commune des fièvres éruptives qui sévissent dans l'armée française.

Contrairement à la variole, qui, comme on sait, a presque complètement disparu parmi les soldats, la rougeole, comme la scarlatine, du reste, a offert pendant ces dernières années une augmentation notable dans les garnisons de l'intérieur; et cela malgré l'application, aussi rigoureuse que possible, des mesures destinées à en enrayer le développement et l'extension dans les casernes (isolement des malades, désinfection des effets d'habillement et des fournitures de literie, désinfection et évacuation des locaux).

Il résulte, en effet, de l'examen des documents fournis par la statistique médicale de l'armée que, pendant les 5 années (1890-1895) auxquelles correspond la publication des derniers volumes de cette statistique, le nombre des rougeoleux dans notre armée a atteint l'énorme proportion de 9 pour 1000 hommes d'effectif total, alors qu'il n'avait présenté que la proportion de 6 pour 1000 hommes pendant la période (1875-1889).

Bien que cette élévation de la morbidité par rougeole puisse être rattachée en partie à la modification apportée dans la durée du service actif par la nouvelle loi du 15 juillet 1889 (qui a réduit ce service de 5 à 3 ans) et à l'augmentation dans les rangs de notre armée de la proportion des jeunes gens ayant moins d'un an de service (et l'on sait combien cette catégorie de soldats est facilement accessible aux atteintes de la rougeole, comme de toutes les maladies infectieuses) elle mérite d'autant plus d'appeler l'attention qu'elle pourrait faire naître des doutes sur l'efficacité des mesures, actuellement prises par le commandement et le service de santé, contre l'extension de cette fièvre éruptive dans les garnisons.

J'espère démontrer dans ce travail que, quel que soit le soin avec lequel sont appliquées dans l'armée ces mesures prophylactiques, la persistance et l'augmentation de la rougeole dans les garnisons de l'intérieur doivent être attribuées à deux causes principales.

1° A l'importation dans les casernes de cette fièvre éruptive, qui sévit d'autant plus dans la population civile qu'il n'y a guère de localités en France où l'on prenne les mesures nécessaires pour en restreindre le développement et la transmission.

2° Une fois que la rougeole a été importée dans une caserne, à la difficulté qu'on éprouve (par suite de l'époque précoce à laquelle a lieu la contagion et avant que l'apparition de l'éruption permette de diagnostiquer la maladie), à appliquer en temps opportun les mesures prophylactiques habituelles.

Bien que la rougeole atteigne successivement et à tour de rôle presque toutes les garnisons de l'intérieur, cependant elle affecte une préférence marquée pour les troupes casernées dans le Sud-Ouest de la France (9e, 12e, 17e, 18e corps d'armée). C'est ce que démontre clairement la statistique médicale de l'armée. Les statistiques publiées par le ministère de l'Intérieur, pour les principales villes du territoire français, nous permettent de constater une répartition analogue des cas de cette maladie dans la population civile ; ce sont les départements compris dans la région du Sud-Ouest qui payent le plus lourd tribut à la rougeole.

La région occupée par le 17e corps d'armée figure parmi les plus éprouvées par cette fièvre éruptive.

Pendant la période 1890-1895, la proportion des rougeoleux dans l'ensemble des garnisons de ce corps d'armée n'a pas été moindre de 17,6 pour 1.000 hommes d'effectif, alors que, pour la totalité des troupes françaises à l'intérieur, cette proportion ne s'est élevée, pendant la même période, qu'à 9 pour 1000. Le dépouillement des statistiques municipales recueillies dans les principales villes de garnison de la 17e région (qui malheureusement ne comprennent que les cas mortels), nous permet de déterminer la part qui revient à la rougeole dans la mortalité de la population civile (1).

Il ne se passe guère d'années où, dans notre région, on ne signale dans un grand nombre de localités plus ou moins importantes (villes, villages, hameaux) l'explosion d'épidémies de rougeole parmi les enfants ; ces épidémies prennent un développement d'autant plus grand qu'aucune mesure n'est habituellement prise pour les combattre.

La rougeole régnant à l'état endémique dans les villes et dans les campagnes de la 17e région, les troupes qui tiennent garnison dans cette région sont continuellement exposées à ses atteintes.

I. — ETIOLOGIE.

A. — Origine de la maladie.

Quand un premier cas de rougeole se produit dans une caserne, il peut être rattaché à deux causes différentes :

1° Ou bien, il peut s'être développé sur place, à l'intérieur des locaux ; dans ce cas, il peut être attribué au réveil de certains germes laissés par une épidémie de rougeole antérieure et demeurés latents pendant une période plus ou moins longue, soit dans les locaux eux-mêmes, soit dans des effets d'habillement ou dans des fournitures de literie, ayant servi à des rougeoleux ;

2° Ou bien, le contage morbilleux a pu être importé de l'extérieur de la caserne par une personne ayant été en contact avec des rougeoleux, soit dans la ville de garnison elle-même, soit dans une localité plus ou moins éloignée.

1° *Développement sur place.* — C'est généralement à l'influence des germes laissés par une épidémie antérieure et dont l'activité se serait réveillée sous l'influence de causes plus ou moins déterminées que les médecins militaires attribuent habituellement l'apparition de la rougeole dans les casernes, surtout quand on n'observe pas de cas de cette maladie dans la population civile.

Les faits les plus démonstratifs sont journellement invoqués par nos collègues de l'armée à l'appui de cette opinion ; telles sont ces réapparitions d'épidémies de rougeole dans la même caserne et même dans les mêmes locaux de casernes, après une interruption souvent prolongée, et qui ne peuvent guère être rattachées qu'à l'influence morbigène de germes anciens, rien ne pouvant démontrer une importation de l'extérieur.

Comme ces nouvelles manifestations épidémiques ont été observées quelquefois alors qu'on avait eu recours aux désinfections sulfureuses des locaux contaminés, certains médecins avaient cru même pouvoir mettre en doute l'efficacité de ces désinfections.

Les intéressantes recherches de Béclère (1), de Sevestre (2) et de Bard (3), tendant à démontrer la caducité du contage morbilleux et la faible distance que ce contage apporterait à l'action des agents extérieurs ont apporté, du reste, un certain fondement à la croyance à l'inutilité des désinfections employées si largement dans notre armée, et qui n'a sans doute pas été étrangère à la décision prise en 1894 par l'Académie de médecine, de ne pas faire figurer la rougeole parmi les maladies dont la déclaration devait être obligatoire.

Récemment, M. le médecin-inspecteur Kelsch (4) a fait justice de cette allégation, en s'appuyant sur les nombreux exemples recueillis par les médecins de notre armée et dans lesquels les poussées épidémiques de la maladie, séparées quelquefois par des intervalles de plusieurs mois, ne pouvaient être rattachées qu'au réveil de germes anciens, dont la virulence se manifestait sous l'influence de causes plus ou moins déterminées.

Depuis que je remplis les fonctions de Directeur du service de santé du 17e corps d'armée, où les épidémies de rougeole sont si fréquentes, et se manifestent chaque hiver dans un si grand nombre de garnisons, il ne se passe pas d'année où l'on ne me signale la réapparition de la maladie dans certaines casernes ou dans certaines

(1) Dans les différentes places du 17e corps d'armée (Agen Auch, Cahors, Castelsarrasin, Foix, Marmande, Mirande, Montauban, Pamiers, Saint-Gaudens, Toulouse) la rougeole a donné lieu, pendant les deux années 1896 et 1897, à 47 décès dans la population civile, et seulement à 9 décès parmi les troupes casernées dans ces places.

(1) Béclère. *Contagion de la rougeole.* — Thèse de Paris, 1882.

(2) Sevestre. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1889.

(3) Bard. *Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la rougeole.* — *Revue d'hygiène*, 1891.

(4) Kelsch. *Note sur la contagion de la rougeole.* — (Communication à l'Académie de Médecine, 1898).

parties de casernes (pavillons, chambrées), qui avaient été atteintes par la rougeole dans le cours des épidémies antérieures. Ces réveils successifs de la maladie se produisant dans les mêmes locaux, indépendamment de toute importation extérieure, me semblent suffisants pour admettre, avec la plupart de mes collègues de l'armée, la possibilité du développement sur place de la rougeole dans les casernes.

2° *Importation de la rougeole de l'extérieur des casernes.* — Les résultats obtenus dans les nombreuses enquêtes auxquelles je me suis livré pour déterminer avec soin l'origine des premiers cas de rougeole observés pendant le courant de l'hiver dernier, dans plusieurs garnisons du 17e corps d'armée, ont démontré que l'importation de cette maladie dans les casernes est, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

La durée si longue de l'incubation de la rougeole fait que bien souvent la provenance extérieure de la maladie échappe à nos investigations. Si l'on veut obtenir quelque renseignement utile au point de vue de l'étiologie de cette affection, il faut interroger avec soin les premiers malades, s'informer exactement auprès d'eux des circonstances dans lesquelles ils ont pu, douze à quatorze jours avant l'apparition de leur éruption, contracter leur affection. Et encore, combien de fois serons-nous induits en erreur, soit que le malade ait séjourné dans une maison où, à son insu, était traité quelque rougeoleux, soit qu'il ait été en relation avec un camarade chez lequel (fait qu'il peut ignorer également) la rougeole ne s'est déclarée que le lendemain ou le surlendemain.

Pendant l'hiver de 1897-1898, la rougeole ayant sévi à l'état épidémique dans plusieurs garnisons du 17e corps d'armée, Auch, Foix, Cahors, Pamiers, Saint-Gaudens, Montauban et Toulouse, j'ai pris toutes les mesures nécessaires pour être renseigné, aussi exactement que possible, sur les conditions dans lesquelles étaient survenus les premiers cas de cette fièvre éruptive.

Voici les résultats obtenus à la suite de mon enquête : Dans toutes ces épidémies l'importation du mal dans les casernes a été démontrée. A Foix, la maladie fut transmise de la population civile qui avait présenté de nombreux cas de rougeole; à Auch, Pamiers, Toulouse, Montauban et Saint-Gaudens, dont la population était indemne de rougeole, cette fièvre éruptive a été importée de localités plus ou moins éloignées; enfin, à Cahors, la maladie a été importée par deux militaires qui avaient voyagé en chemin de fer avec un camarade en incubation de rougeole provenant d'une garnison éloignée (Montpellier).

Voici, du reste, les renseignements que j'ai pu recueillir sur les circonstances dans lesquelles s'est produit, pour les garnisons du 17e corps, atteintes par la rougeole, le début de chaque épidémie.

Depuis l'hiver de 1896-1897, aucun cas de rougeole n'avait été signalé parmi les troupes de la région. Un premier cas de cette maladie survint le 18 novembre 1897 dans la garnison de Pamiers. L'enquête démontra que le jeune soldat atteint par la rougeole avait quitté le 14 Castillon (Ariège), où sévissait depuis quelque temps une épidémie de rougeole, et présentait, trois jours après son arrivée au corps, une éruption caractéristique. Il a été le point de départ de l'épidémie.

La rougeole fut signalée le 23 novembre 1897 dans la garnison d'Auch et le 29 dans celle de Toulouse. Aucun cas de cette maladie n'avait été observé depuis longtemps dans la population civile de ces deux places.

L'enquête, faite séparément par chacun des médecins-majors de 1re classe des régiments (88e à Auch, 126e à Toulouse) qui avaient offert ces deux cas, démontre nettement l'importation de la maladie du même village (Pouylebon, canton de Montesquiou, Gers), où sévissait depuis le commencement de l'hiver une épidémie de rougeole.

Le premier cas, observé au 88e, s'était déclaré chez un jeune soldat arrivé le 16 novembre au régiment, après avoir quitté ce village la veille. Sept jours après son arrivée à Auch se déclarait l'éruption.

Quant au rougeoleux du 126e à Toulouse, c'était également un jeune soldat arrivé au corps le 16 novembre, après avoir quitté la veille le village de Pouylebon. L'éruption était survenue le 29 novembre, neuf jours après son départ.

Le 8 janvier, un premier cas de rougeole fut signalé dans la garnison de Foix représentée par la portion centrale du 59e de ligne; la maladie régnait depuis quelque temps dans la population civile. Le malade était un ancien soldat appartenant à la section hors rang, qui sortait en ville presque tous les jours et qui allait dans une maison où se trouvaient des enfants atteints de rougeole.

Un second cas de rougeole put être rattaché nettement à une importation provenant d'un village éloigné. L'enquête démontra que le malade avait été en permission du 24 au 31 décembre à Saint-Aignan (Gers), où régnait une épidémie de rougeole. L'éruption se manifesta le 9 janvier.

La rougeole fit son apparition, le 9 janvier 1898, dans la garnison de Montauban, alors qu'elle n'avait pas été signalée dans la population civile. Une enquête faite par le médecin-major de 1re classe du 11e régiment d'infanterie, où s'était produit ce premier cas de fièvre éruptive, permit de découvrir que le malade avait été en permission du 25 décembre au 2 janvier dans un village du Gers, Saint-Christau, où pendant le courant de l'hiver avait régné une épidémie morbilleuse de rougeole.

Le 15 janvier, deux cas de rougeole furent observés, simultanément, dans la garnison de Cahors, représentée par le 7e régiment d'infanterie ; cette fièvre éruptive n'existait pas dans la population civile.

Les deux rougeoleux racontèrent au médecin du corps que treize jours auparavant, le 2 janvier, alors

qu'ils revenaient de permission, ils avaient voyagé en chemin de fer avec un militaire du 2e régiment du génie, qui leur avait appris, en conversant avec eux, que la rougeole régnait depuis quelque temps dans son régiment, à Montpellier.

A son arrivée à Toulouse, ce militaire ayant été souffrant, ses deux camarades le conduisirent à l'hôpital militaire, où il fut placé dans le service des rougeoleux.

Enfin, le 16 janvier, un premier cas de rougeole fut signalé dans la garnison de Saint-Gaudens, qui depuis le mois de février 1896 n'avait pas été atteinte par cette affection. L'enquête, qui fut faite immédiatement par le médecin du corps, démontra clairement que la maladie avait été importée d'une localité éloignée (aucun cas de rougeole n'ayant été observé dans la population civile de Saint-Gaudens). Ce premier rougeoleux était un jeune soldat qui, du 29 décembre au 2 janvier, avait séjourné à Tourtouze, canton de Sainte-Croix-Volvestre (Ariège), où la maladie sévissait à l'état épidémique.

B. — Modes de propagation de la rougeole.

Une fois que la rougeole a été importée dans une caserne, la maladie se propage habituellement, soit par le rougeoleux lui-même (contagion directe) ou par un intermédiaire (contagion indirecte) représenté, tantôt par une personne bien portante, tantôt par les effets d'habillement ou par les fournitures de literie ayant été contaminés par le malade.

Il est probable que le rôle de l'atmosphère dans le transport du contage morbilleux à une certaine distance est fort restreint.

Nous examinerons successivement les trois modes de propagation énumérés plus haut et que nous avons observés le plus fréquemment :

1° *Transmission par contact direct avec un rougeoleux* Ce mode de transmission de la rougeole a lieu fréquemment dans les casernes ; nous en avons observé de nombreux exemples.

Quand on examine sur un plan de caserne, sur lequel est indiquée la répartition des lits, par pavillon, par étage et par chambre, l'emplacement occupé par les malades atteints de rougeole, on se rend facilement compte que les lits atteints successivement sont placés à une certaine distance les uns des autres, et situés parfois dans des chambres différentes et éloignées. Cela pourrait faire croire au transport à distance par les courants d'air du contage morbilleux; mais lorsqu'on interroge avec soin les malades sur leurs antécédents, on parvient à reconnaître que c'est par le contact direct entre le contagionnant et le contagionné, et non par l'intermédiaire de l'air, que se propage la rougeole.

Le premier cas de rougeole survenu le 29 novembre dans le 126e régiment à Toulouse (13e compagnie) et importé, comme nous l'avons vu, du village de Pouylebon (Gers), fut suivi de trois autres qui ne survinrent que 13 et 14 jours après le premier, et qui appartenaient à des compagnies différentes (6e, 3e, 12e),

Or l'enquête faite par le médecin-major du régiment démontra que, la veille de son entrée à l'hôpital militaire de Toulouse, le premier malade avait passé la journée avec quatre de ses camarades, jeunes soldats comme lui.

Un seul, qui avait eu la rougeole antérieurement, resta indemne.

Pendant le cours de la petite épidémie de rougeole qui atteignit 42 hommes du 126e et qui dura du 29 novembre 1897 au 23 janvier 1898, le médecin aide-major de 1re classe Castéret a pu recueillir les indications les plus exactes concernant la transmission par contact direct de la maladie.

Il a exposé les résultats de son enquête dans un mémoire fort intéressant, auquel nous empruntons les exemples suivants (1).

« Le nommé Cab., qui avait aidé à habiller un homme, le nommé Cou., envoyé le 13 décembre 1897 à l'hôpital pour rougeole, 14 jours après, le 27 décembre, présente une éruption caractéristique.

Le nommé Sab., qui a passé la journée du 25 décembre auprès du nommé Mol., envoyé le lendemain à l'hôpital pour rougeole, est atteint le 2 janvier de cette fièvre éruptive.

Le nommé Port... s'assied sur le lit occupé par le nommé Gig., qui entre à l'hôpital le 26 décembre pour rougeole, il lui prépare même les effets que celui-ci doit emporter à l'hôpital ; le 5 janvier (11 jours après) il est atteint de rougeole.

Le nommé Tust dîne à la cantine le 25 décembre, auprès d'un nommé Hil. qui entre le lendemain à l'hôpital pour rougeole. Le 6 janvier Tust. offre une éruption caractéristique de la maladie.

La petite épidémie de rougeole qui se manifesta dans le 126e à Toulouse s'étendit le 9 janvier au 83e de ligne; l'importation eut lieu dans les circonstances suivantes :

Le premier rougeoleux du 83e raconta au médecin du corps, le jour de son entrée à l'hôpital (9 janvier), qu'il avait passé la journée du dimanche 26 décembre, en compagnie du nommé C... du 126e, qui le lendemain était entré à l'hôpital pour rougeole.

Des faits analogues de transmission directe de la maladie ont été observés dans les autres garnisons du corps d'armée.

Le premier cas de rougeole qui se produisit parmi les cavaliers du 9e régiment de chasseurs à Auch fut importé très probablement de la population civile (où cette affection avaient été observée) par un armurier qui sortait fréquemment en ville pour son service ou pour son agrément. Dès l'apparition de ce premier cas de fièvre éruptive, on ne négligea aucune mesure

(1) Casteret. *Etude étiologique sur une épidémie de rougeole.* (*Archives médicales de Toulouse*, 1898).

pour enrayer l'extension de la maladie dans le régiment; isolement, dans un local spécial de l'infirmerie, de tous les hommes qui couchaient dans la même chambre que l'armurier; désinfection immédiate de leurs effets d'habillement et de leurs fournitures de literie, au moyen de l'étuve Vaillard-Besson, dont était pourvu le régiment.

« Mais, écrit M. le médecin-major de 2e classe Vack, l'ouvrier armurier s'était rencontré plusieurs fois avec un cousin appartenant au 2e escadron; celui-ci fréquentait un autre cavalier du même peloton et un compatriote de ce dernier, appartenant au 1er escadron. Ces trois hommes avaient passé ensemble la journée du dimanche en ville; quatorze jours après, ils étaient tous les trois atteints de rougeole et envoyés à l'hôpital ».

2e *Contagion indirecte de la maladie.* — La rougeole se transmet souvent par des intermédiaires inconnus du contagionnant et du contagionné. On comprend alors combien il est difficile de déterminer la filiation de tous les cas de cette fièvre éruptive.

Ainsi que nous l'avons vu, la transmission de la maladie peut avoir lieu, soit par l'intermédiaire de personnes bien portantes, soit par divers objets ayant été en contact avec le contagionnant et le contagionné.

A. *Transmission par une autre personne que le malade.* — Ce mode de transmission doit être assez fréquent; nous en avons recueilli de nombreux exemples, quoique beaucoup aient dû forcément échapper à nos investigations.

Nous emprunterons les trois suivants au travail de Casteret :

« Le 26 décembre, les soldats Lac. (7e compagnie) et Hil. (6e compagnie sont atteints de rougeole. Le premier n'est que depuis quatorze jours versé à la 7e compagnie ; il était auparavant à la 6e compagnie, dans la même chambre que H., et séparé de lui par un seul lit occupé par le soldat T., qui s'était promené le 28 novembre avec le premier malade en incubation de rougeole, mais qui n'avait pas été atteint par la maladie (qu'il avait eue dans son enfance). C'est juste quatorze jours après que ces deux militaires, voisins de lit de T., offrent une éruption morbilleuse caractérisée.

« Le 23 décembre, Mich... (7e compagnie) a la rougeole. C'est le premier cas de la compagnie. Nous allons dans les chambres et nous interrogeons les hommes pour savoir s'ils ne connaissent pas un des rougeoleux entrés déjà à l'hôpital. L'un d'eux, Mon. est du canton de Mirande et connaît Daup., de Pouylebon ; il a même causé avec lui le 12 décembre au matin, jour où ce dernier est entré à l'hôpital. »

« Nous pensons que Mon. a dû porter les germes à Mich., d'autant plus que ce dernier est près d'une fenêtre à laquelle Mon. avait l'habitude de se placer.

« Le 12 décembre, jour où Daup. est entré à l'hôpital, un soldat de la 9e compagnie, Souc. s'est trouvé près de lui à la visite ; douze jours après, Maun., voisin de Souc. est atteint de rougeole, évidemment les germes lui ont été apportés par ce dernier.

B. *Transmission par les effets.* — Dans son intéressant mémoire Casteret rapporte six cas de ce mode de transmission.

« Lac. (1re compagnie, chambre 33) a la rougeole le 25 décembre ; un homme de sa chambre transporte ses effets à l'infirmerie, pour y être désinfectés ; dix jours après, il est atteint de rougeole.

« Gig. (14e compagnie, chambre 58) a la rougeole le 25 décembre ; ses effets sont apportés à la salle de désinfection par Cas., occupant la même chambre que Gig., et par Daup., d'une autre chambre ; ces deux militaires sont atteints de rougeole ; le premier le 4 janvier, le second le 5 (dix ou onze jours après avoir été en contact avec les effets contaminés).

« Le nommé Mol., qui avait fait usage de la paillasse de X... mis à l'infirmerie le 13 décembre et envoyé à l'hôpital le lendemain pour rougeole, est atteint de rougeole le 26 décembre (treize jours après la contamination).

« Sauc., 8e compagnie, porte à l'infirmerie, le 27 décembre, les effets de Daup..., atteint de rougeole ; le 4 janvier (neuf jours après) il est pris à son tour.

« Gal., 6e compagnie, porte à l'infirmerie les effets de Til., le 5 janvier (dix jours après), il est atteint de rougeole. »

A Auch, un infirmier du 88e régiment d'infanterie, qui avait procédé le 26 novembre à la désinfection des vêtements des rougeoleux, entrés la veille à l'hôpital, fut atteint onze jours après de la maladie.

A Montauban, au 11e régiment d'infanterie, les effets d'habillement et les fournitures de literie du premier rougeoleux ayant été transportés à tort dans une autre chambre, dix ou onze jours après survinrent dans cette chambre deux cas de rougeole.

C. — Durée de l'incubation.

Dans les nombreuses observations qui figurent dans ce travail, il s'est écoulé généralement de onze à quatorze jours entre le moment où a eu lieu l'infection par contact et l'apparition de l'éruption. Nos recherches viennent donc confirmer les constatations faites antérieurement par Panum (de Copenhague) et par Girard (de Marseille) sur la longue durée de l'incubation de la rougeole.

Ce fait a pour résultat, comme nous l'avons vu, de rendre souvent difficiles les investigations qui ont pour but de déterminer les circonstances dans lesquelles a été contractée la maladie; outre que les malades se rappellent parfois bien difficilement comment ils ont passé la journée deux semaines auparavant, ils offrent presque toujours une certaine tendance à rapporter le moment où ils se sont exposés à la rougeole à une époque beaucoup plus rapprochée de l'apparition de leur éruption.

Il est donc utile pour le médecin, chaque fois qu'on

fait une enquête pour découvrir l'origine d'un cas de rougeole, d'appeler l'attention du malade sur l'époque éloignée à laquelle a dû être contractée son affection.

D. — Epoque a laquelle a lieu le maximum de contagiosité de la maladie.

Jusque dans ces dernières années on a considéré la rougeole comme étant surtout transmissible pendant les périodes d'éruption et de desquamation. Cette opinion est actuellement abandonnée ; les observations recueillies par Girard (de Marseille) et plus récemment par Sevestre et par Bard ont démontré clairement que la contagiosité de cette fièvre éruptive est beaucoup plus précoce, puisqu'elle se manifeste surtout avant l'apparition de l'éruption. Nos recherches confirment ces observations. C'est pendant la période prééruptive, et particulièrement la veille de l'éruption, que les sujets en incubation de rougeole sont surtout dangereux pour leur entourage.

Nous avons observé quelques exemples, dans lesquels la rougeole a été communiquée à une époque plus avancée, ainsi pendant les premiers jours de l'éruption ; tels sont les cas où la transmission de la maladie a eu lieu à l'hôpital, soit à des infirmiers, soit à d'autres malades, alors que les rougeoleux étaient entrés dans l'établissement en pleine éruption.

Nous n'avons jamais constaté de transmission de la rougeole après l'éruption ; si bien que nous ne la croyons pas possible, une fois que cette période (qui, comme on sait, dure trois ou quatre jours) est passée. Voilà pourquoi nous nous demandons s'il est bien nécessaire, quand on a affaire à une rougeole bénigne et dépourvue de toute complication, de conserver les malades à l'hôpital plus de huit à dix jours, surtout si on a soin de ne pas les laisser sortir sans les avoir soumis aux mesures de désinfection habituelles.

E. — Propagation de la rougeole dans les casernes.

Une fois qu'un cas de rougeole s'est déclaré dans une caserne, après avoir été généralement importé de l'extérieur, si de nouveaux cas ayant la même provenance étrangère ne se sont pas produits concurremment ou consécutivement au premier, l'extension de la maladie a lieu assez lentement ; ce n'est généralement que douze à quatorze jours après que surviennent de nouvelles atteintes. Généralement, quand le premier malade se présente à la visite avec une éruption caractéristique, il a déjà communiqué son affection à ceux de ses camarades avec lesquels il a eu des relations journalières, de préférence à ses voisins de lit, ou à ses compatriotes avec lesquels il s'entretient habituellement et passe ses moments de loisir. C'est ce qui explique pourquoi, comme l'avons dit plus haut, lorsque l'on note sur un plan de caserne l'emplacement occupé par les différents malades atteints successivement de rougeole, il arrive parfois que les cas semblent disséminés comme au hasard.

Généralement, quand la rougeole atteint une caserne, la maladie atteint de préférence les hommes logés dans le pavillon occupé par le premier malade ; ensuite, elle se propage aux autres pavillons, où dans chacun elle multiplie successivement ses atteintes ; si bien qu'à la fin de l'épidémie c'est le pavillon éprouvé en dernier lieu qui fournit les derniers cas.

On constate une évolution analogue de la maladie, quand on envisage une garnison comprenant plusieurs casernes. On voit la rougeole n'atteindre que successivement chacune de ces dernières, ce n'est qu'après avoir épuisé, pour ainsi dire, son action sur les habitants de la caserne où elle est survenue en premier lieu, et s'être communiquée aux hommes aptes à subir son action, que cette fièvre éruptive se transporte dans une autre caserne jusqu'alors indemne.

Il y a longtemps que j'ai appelé l'attention sur ce fait intéressant ; je l'ai observé pour la première fois en 1886-1887 dans la garnison de Tours et, depuis cette époque, dans les garnisons de Verdun et de Lyon.

Les observations que j'ai recueillies dans le 17e corps d'armée ont fourni les mêmes résultats. Je me bornerai à mentionner le fait suivant :

La ville d'Auch comprend deux régiments : le 88e d'infanterie et le 9e chasseurs à cheval, logés dans deux casernes situées à une assez grande distance l'une de l'autre. La rougeole resta localisée du 23 novembre 1897 au 12 janvier 1898 dans le 88e de ligne, où elle fournit 40 cas, alors que le 9e chasseurs resta complètement indemne. Il est vrai que le colonel de ce dernier régiment avait défendu à ses hommes toute espèce de relations en ville avec les militaires du 88e. Ce n'est que le 14 février, c'est-à-dire plus d'un mois après que la maladie avait complètement cessé parmi les hommes de l'infanterie, que la rougeole se manifesta parmi les cavaliers du 9e chasseurs, où elle donna lieu à une petite épidémie qui dura jusqu'au 11 mars et fournit 12 cas.

La cause de cette épidémie put être facilement rapportée à une importation de la population civile qui, d'abord indemne au moment où la rougeole avait débuté au 88e de ligne, avait offert quelques cas de cette fièvre éruptive pendant le mois de janvier 1898.

II. — PROPHYLAXIE

La prophylaxie de la rougeole se résume dans l'application des deux principaux moyens que nous avons à notre disposition pour enrayer l'extension des maladies contagieuses : l'*isolement* et la *désinfection*.

Dès qu'un cas de rougeole survient dans un corps de troupe, le malade est éloigné immédiatement du casernement, séparé de ses camarades et envoyé d'urgence à l'hôpital, où il est mis en traitement dans une salle d'isolement. Les fournitures de literie sont enlevées de la chambre occupée par le malade et transportées au dehors, pour être soumises soit à la désinfection sulfureuse, soit à l'action de la vapeur (la plupart des corps

de troupe étant aujourd'hui pourvus d'une étuve Vaillard-Besson).

L'emplacement du lit contaminé est soumis à l'action de liquides antiseptiques, au moyen du pulvérisateur Geneste-Herscher qui existe dans la plupart des régiments.

Et cependant, ainsi que nous l'avons vu, malgré le soin avec lequel on applique ces mesures, il est bien rare que la maladie soit réduite à ce premier cas et que celui-ci ne soit pas suivi d'autres à quelques jours d'intervalle. On peut attribuer ce résultat à la période si précoce à laquelle la rougeole offre son maximun de contagiosité.

Le rougeoleux ne se présente généralement à la visite médicale que le jour de l'éruption et, à ce moment, il est bien rare qu'il n'ait pas déjà contagionné un certain nombre de ses camarades, avec lesquels il a pu avoir quelques relations.

Ainsi s'explique cette rapidité avec laquelle, malgré les mesures employées dans l'armée, la rougeole se répand dans une caserne.

Pour éviter le plus possible les dangers de transmission, il faut, comme nous l'avons prescrit maintes fois à la suite de nos visites dans les casernes atteintes par l'épidémie, isoler immédiatement et rigoureusement dans un local spécial, appartenant ou attenant à l'infirmerie, tous les hommes qui, pendant les quatorze derniers jours, ont pu être en contact avec quelque rougeoleux et les maintenir ainsi isolés pendant quinze jours. La chambre dans laquelle couchait le premier malade doit être immédiatement évacuée, soumise à une aération permanente et ne doit être réoccupée qu'après avoir été convenablement désinfectée.

On devra confier uniquement aux hommes ayant eu déjà la rougeole le soin de s'occuper de l'évacuation de la chambre, du transport des fournitures et des effets d'habillement des rougeoleux à l'étuve à désinfection.

Il faudra veiller attentivement à ce que ces fournitures et ces effets ne soient pas déposés, même temporairement, dans quelque local accessible à la troupe; et on prendra les mesures nécessaires pour que ces objets soient transportés immédiatement à la chambre de désinfection ou à l'étuve.

Dans le but de dépister la rougeole à son début et avant l'éruption, les médecins du corps doivent multiplier les visites médicales et prescrire que tout homme suspect (yeux larmoyants, douleur lombaire), soit envoyé d'urgence à l'infirmerie et placé dans une salle spéciale.

Pendant l'épidémie de rougeole qui a eu lieu l'hiver dernier dans le 126e régiment d'infanterie, à Toulouse, sur une vingtaines d'hommes qui furent ainsi mis en observation comme suspects de rougeole, 8 eurent la maladie.

Dans les casernes du 17e corps d'armée, atteintes par la rougeole et dans lesquelles les mesures de prophylaxie indiquées plus haut ont pu être rigoureusement appliquées, ces mesures ont été suivies des plus heureux effets. C'est à elles que nous croyons devoir rapporter la durée si limitée des petites épidémies de cette fièvre éruptive, qui ont eu lieu dans le courant de l'hiver dernier, notamment à la portion principale du 83e régiment d'infanterie à Toulouse (8 cas), à la portion centrale de ce même régiment à Saint-Gaudens (12 cas), au 11e régiment d'infanterie à Montauban (5 cas).

Il faut reconnaître que l'application de ces mesures dans les casernes n'est réellement efficace que lorsque l'on a affaire à une épidémie de rougeole limitée à la garnison, car, lorsque la maladie est répandue dans la population civile, il est bien difficile de soustraire les militaires aux nombreuses chances de contagion auxquels ils sont exposés trop souvent à leur insu, à l'extérieur de la caserne, soit dans les établissements publics, soit dans les maisons particulières.

REVUE DE LA PRESSE

Le rhumatisme articulaire noueux chez les enfants, par le Dr Albert Delcourt. (*Rev. mens. des mal. de l'Enfance*, juillet 1898.) — Le point de départ de ce travail est l'observation très intéressante d'une petite malade que le Dr Albert Delcourt a pu suivre dans le service des maladies des enfants, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.

Le rhumatisme articulaire chronique est une affection rare chez l'enfant, et il en existe à peine une quarantaine de cas dans la science. Comme chez l'adulte, il paraît plus fréquent dans le sexe féminin.

On ne saurait admettre ici l'explication de Lancereaux qui met cette prédominance sous la dépendance des manifestations nombreuses et variées qui se passent du côté de l'utérus, puisque dans l'enfance le rôle de l'utérus et de ses annexes est pour ainsi dire nul.

La misère, les privations, les saisons froides, l'habitude de séjourner dans un endroit humide, marécageux, ne sont que des causes occasionnelles.

La véritable cause est l'hérédité directe ou collatérale qui crée la prédisposition morbide dont la cause première réside dans un trouble général de la nutrition; aussi pour le Dr Delcourt cette hérédité, contrairement à l'opinion de Durand-Fardel, qui refuse à l'enfance l'aptitude spéciale d'une évolution diathésique, se fait-elle sentir dans le jeune âge plus qu'à toute autre époque de la vie.

C'est donc chez les enfants issus de souche arthritique qu'on verra de préférence le rhumatisme chronique.

Dans quelques cas rares, on a vu coïncider le rhumatisme avec la scrofule et la tuberculose. Mais est-ce une raison pour considérer comme dues au bacille de Koch les lésions articulaires et périarticulaires et pour

décrire, avec Bérard et Testot, une polyarthrite déformante tuberculeuse ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux?

Le Dr A. Delcourt ne le pense pas; il fait observer, en effet, que dans les observations de Bérard et Testot, observations qui ressemblent étrangement à la sienne, il n'y a pas eu d'examen histologique. Or, dans le cas qu'il a observé, le Dr Delcourt a fait toutes les recherches possibles pour découvrir le bacille de Koch et des preuves de tuberculose, et ses recherches sont restées sans résultat; les lésions qu'il a constatées sont celles du rhumatisme chronique à forme scléreuse.

Chez l'enfant, les lésions articulaires des cartilages et de la synoviale, de même que les déformations osseuses, ne seront pas ce qu'elles sont chez les vieillards atteints de rhumatisme chronique, car ces lésions et les déformations sont le résultat d'un travail lent et prolongé. Chez eux, comme chez la petite malade du Dr Delcourt, ce qui prédomine, ce sont les modifications des tissus péri-articulaires, qui rappellent les lésions du rhumatisme fibreux de Jaccoud; c'est à elles surtout qu'il faut attribuer la saillie et le gonflement de l'articulation.

Comme chez l'adulte, le rhumatisme articulaire chronique de l'enfant « peut s'établir d'emblée ou à la suite de poussées successives aiguës; généralement le début est lent et insidieux, indiqué seulement par des douleurs vagues dans les muscles et les jointures. Peu à peu les petites articulations (mains et pieds) deviennent le siège d'un gonflement marqué; ce gonflement peut disparaître et se reproduire à plusieurs reprises avant de s'établir définitivement. Les autres articulations se prennent à leur tour (genou, coude, épaule, colonne vertébrale, région cervicale). Dans les jointures atteintes, on perçoit quelquefois des craquements, mais ce ne sont pas ces craquements secs que l'on trouve chez le vieillard et qui sont dus à l'usure des cartilages. Il existe, même au début, de la gêne dans les mouvements; les doigts surtout ont beaucoup de peine à exécuter des travaux un peu délicats (coudre, enfiler des perles).

« Bientôt la gêne des mouvements s'accentue, l'enfant peut à peine se soutenir; l'état général est mauvais; l'intelligence reste intacte; l'atrophie musculaire fait des progrès rapides; les membres prennent l'aspect squelettique qui augmente encore la saillie des articulations. Les déformations articulaires placent les membres dans des positions vicieuses définitives.

« Les déviations qui atteignent les articulations des doigts peuvent être ramenées à deux types décrits par Charcot dont les observations se rapportent à des vieillards rhumatisants de longue date... Il est évident que ces altérations n'apparaîtront pas chez l'enfant avec la même intensité, car avant d'arriver à des déformations typiques, les jointures restent quelque temps grosses, noueuses, prélude des désordres plus graves ultérieurs. »

Faut-il attribuer à ces déformations articulaires une origine nerveuse? Les lésions que le Dr Delcourt a constatées dans la partie tout à fait inférieure de la moelle lombaire ne permettent pas de le dire, car il s'agissait d'altérations banales qui se retrouvent chez un grand nombre de sujets n'ayant jamais présenté de phénomènes nerveux d'aucune sorte (envahissement de la lumière du canal central par un nombre considérable de petites cellules polymorphes à noyau fortement colorable; irrégularité de l'épithélium cylindrique).

L'atrophie musculaire qui apparaît au cours du rhumatisme articulaire chronique est rapide, précoce, mais toujours secondaire. D'après les expériences de Hoffa de Wurtzbourg, elles seraient la conséquence du retentissement de l'irritation articulaire sur les centres trophiques de la moelle qui président à la nutrition des membres affectés.

On ne confondra pas le rhumatisme nerveux de l'enfance avec les arthrites signalées au cours de la diphtérie, de l'érysipèle, de la blennorrhagie, des oreillons, de la syphilis, de la fièvre typhoïde, de la méningite cérébro-spinale, de la morve, du charbon, de la scarlatine, de la rubéole, de la variole, de la pneumonie, de la varicelle. Il faudra faire aussi le diagnostic avec les arthropathies d'origine nerveuse (hystérie, paralysie infantile, atrophie musculaire myélopathique, sclérose en plaques, myélites), avec la tumeur blanche, la goutte, les nodosités de Bouchard. L'emploi des rayons X pourra être utile pour distinguer les différents affections articulaires et pour établir le diagnostic différentiel entre le rhumatisme déformant, la goutte, les nodosités, etc.

La péricardite et les pleurésies chroniques sont les complications habituelles.

La malade du Dr Delcourt a succombé à une ostéomyélite aiguë avec symptômes d'ictère infectieux.

La première chose à faire comme traitement, c'est de soustraire l'enfant au milieu dans lequel il a contracté l'affection, de lui donner de l'air, de la lumière, une bonne habitation, une nourriture appropriée à son tempérament.

Contre les poussées aiguës, on emploiera le repos au lit, l'enveloppement des jointures douloureuses, le salicylate de soude, l'arsenic, l'iode, la teinture de colchique (J. Simon), l'antipyrine (Laborde).

On calmera les douleurs au moyen de frictions au niveau des articulations avec la pommade à l'acide salicylique et de préférence au salicylate de méthyle, frictions suivies d'enveloppement des jointures.

En dehors des poussées aiguës, on a préconisé les bains sulfureux, l'électrisation, le massage.

Malheureusement, l'affection ne rétrocède que bien rarement, sous l'influence de la médication, et suit le plus habituellement une marche progressive, contre laquelle la thérapeutique reste impuissante.

Dr Eugène Deschamps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *août* 1898. — *Présidence de* M. Panas.

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur un travail de M. le Dr Ballenghien intitulé : La trachéotomie et le tubage en dehors des milieux hospitaliers.

A 3 h. 25 la séance est levée.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. Nocard.

(*Suite* (1).

Des formes associées de la phtisie pulmonaire. — M. Samuel Bernheim, de Paris. La phtisie pulmonaire se développe rarement à l'état isolé. Le plus souvent, elle survient à la suite d'une autre affection ou, du moins, le sujet qui en est porteur a souffert antérieurement d'une autre maladie. C'est ainsi qu'à la suite d'une rougeole, d'une variole, d'une scarlatine, de fièvre typhoïde ou d'érysipèle on peut observer un grand nombre de sujets qui, subrepticement ou en pleine convalescence, gagnent une phtisie pulmonaire. Cette dernière affection se développe également chez le diabétique, le syphilitique, le rhumatisant, l'artério-scléreux pur. La tuberculose locale des muqueuses, des ganglions, des os et de la surface cutanée, qui a été considérée longtemps comme une vaccination, ne constitue pas non plus un état d'immunité. L'auteur conclut donc qu'il n'existe pas une seule tare pathologique qui puisse être considérée comme un état antagoniste de la phtisie. Il reconnaît cependant que les tuberculoses pulmonaires associées à d'autres maladies ne revêtent pas toutes la même allure.

C'est ainsi que toutes les complications streptococciques ou pneumococciques impriment une marche rapide à la tuberculose. De même, le pronostic de la maladie est très sombre chez le diabétique, le rhumatisant aigu et le syphilitique à la première et à la deuxième période. Par contre l'arthritisme pur, indemne de lésions valvulaires, présente constamment une tuberculose bénigne. Il est vrai que l'arthritique est presque toujours un homme mûr, et, à cet âge, la tuberculose a une tendance naturelle à la guérison.

En terminant, M. Bernheim dit qu'il faut conserver l'ancienne division classique ; granulie, pneumonie tuberculeuse et phtisie chronique et qu'on doit rejeter la division toute schématique de M. Bard qui ne répond qu'à une localisation anatomique. Tout au plus pourrait-on ajouter, en raison des examens bactériologiques et des observations cliniques, une subdivision de formes pures et de formes associées de la phtisie pulmonaire, suivant que cette maladie évolue sur un terrain neuf ou indemne de toute autre infection ou qu'elle est accompagnée ou compliquée d'une affection quelconque.

Sur l'hérédité dans la tuberculose. — M. Charrin (Paris) a étudié le mode nutritif des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses ; ses recherches ont porté sur six enfants.

Comparés aux enfants sains, ces nouveau-nés à hérédité tuberculeuse ont une *courbe de poids* plus lentement ascendante, avec irrégularités et parties temporairement descendantes ; au *calorimètre*, ils dégagent moins de calories que les enfants sains (4 à 6 par heure au lieu de 7 1/2,8 et 9) ; leur *toxicité urinaire*, qui devrait être presque nulle (on doit injecter dans les veines, pour amener la mort d'un lapin, 180 cc d'urine d'un nouveau-né par kilogramme d'animal), atteint un chiffre appréciable (60 à 90 cc. par kilogr. de lapin) : le *coefficient d'oxydation* qui, chez l'enfant sain, est de 88 à 94 0/0, descend à 72,74 chez le nouveau-né issu de phtisiques ; l'analyse des *matières fécales* y décèle des traces d'azote (quelques milligrammes) chez l'enfant sain, des quantités plus marquées (des centigrammes) chez l'héréditaire tuberculeux ; donc, ces enfants utilisent moins bien les matériaux nutritifs ; enfin, M. Charrin a trouvé, à l'autopsie de quelques-uns de ces six enfants, une surcharge graisseuse considérable dans le foie, et comme, dit-il, le lait qu'on leur donne, l'air qu'ils respirent n'ont pu apporter de substances nocives capables de léser les cellules, il faut en conclure que ces enfants ont hérité d'une vie cellulaire anormale, dont les *lésions viscérales* constatées sont une conséquence directe.

En résumé, M. Charrin a démontré que, chez *un certain nombre* d'enfants issus de phtisiques, la nutrition est troublée profondément et que la croissance se fait mal : il pense, d'ailleurs, que d'autres tares maternelles sont probablement aussi capables d'amener ces effets.

M. Landouzy. — Les faits apportés par M. Charrin concordent absolument avec les notions fournies déjà par la clinique, à savoir que les enfants nés de mères tuberculeuses sont fréquemment, à leur naissance, de mauvaise venue ; ce sont de petits cacochymes, et il y a longtemps que M. Landouzy a exprimé la chose en parlant de *l'hérédo-tuberculose atypique dystrophiante*, qu'il faut rapprocher, du reste, de la *multiléthalité* des enfants de tuberculeux. M. Landouzy émet l'idée que les altérations cellulaires notées par M. Charrin sont dues, sans doute, au moins pour une certaine part, *à l'imprégnation toxinique* que n'a pu éviter le fœtus porté par une phtisique. Peut-être sera-t-il possible de démontrer cette imprégnation toxinique en cherchant la *séro-réaction* chez les enfants de tuberculeux.

Etiologie des tuberculoses locales. M. Kuss (Paris). — De toutes les formes de la tuberculose, les tuberculoses chirurgicales *primitives* sont celles dont l'étiologie est la plus obscure. Tout démontre, en effet, que les bacilles entrant dans l'organisme laissent une trace *durable* de leur passage, soit au niveau de la porte de pénétration, soit à son voisinage immédiat dans la sphère lymphatique correspondante. Dès lors, en présence de localisations uniques du bacille en des organes situés loin de toute porte d'entrée, on peut se demander si l'infection ne résulte pas d'un apport congénital du microbe.

Ces difficultés d'interprétation nous semblent provenir de la trop grande facilité avec laquelle on accepte le diagnostic de tuberculose chirurgicale primitive : la clinique est incapable de nous renseigner à ce point de vue et les autopsies sont, en général, faites avec trop peu de minutie : on passe fréquemment à côté de foyers tuberculeux *latents*.

D'ailleurs, l'étude directe de la question est entourée de

(1) V. *France médicale*, nos 31, 32, 33 et 34.

difficultés : on ne saurait établir avec certitude la subordination réciproque de deux localisations tuberculeuses chez le même sujet quand elles sont trop anciennes, d'autant plus que des infections exogènes *successives* peuvent se faire au cours de la vie. De plus, quand les tuberculeux chirurgicaux sont devenus secondairement des phtisiques, la complexité des lésions empêche généralement de reconstituer les étapes de l'infection ; il faudrait rencontrer des tuberculeux chirurgicaux succombant de bonne heure, accidentellement, alors que leur maladie est encore purement locale.

De telles autopsies sont peu fréquentes : M. Kuss a pu en rassembler neuf ; assurément ce chiffre est trop minime pour autoriser une conclusion ferme ; néanmoins, comme ces observations n'ont pas été choisies pour les besoins de la cause, qu'elles concernent toutes des tuberculoses externes, d'apparence primitive, et que, dans tous les cas, celles-ci étaient nettement secondaires à une tuberculose plus ancienne et *latente*, tuberculose d'ingestion dans un cas, tuberculose d'inhalation dans huit cas, la constance des résultats obtenus ne laisse pas d'avoir une signification assez précise.

Ces considérations n'ont pas un simple intérêt spéculatif; d'abord elle permettent d'éliminer l'hypothèse de l'hérédité bacillaire, puisque la contagion par les voies habituelles apparaît évidente ; de plus, elles montrent que les tuberculeux chirurgicaux sont généralement *porteurs d'une autre tuberculose* qui reste ignorée ; souvent cette dernière est insignifiante, la tuberculose externe est pratiquement purement locale ; d'autres fois, la tuberculose latente a de l'importance pour son propre compte ; elle constitue un réservoir de germes capables d'influencer, d'une manière fâcheuse, tout l'organisme ou d'être le point de départ d'une granulie, sans que, du reste, les malades soient le moins du monde des tuberculeux médicaux au sens propre du mot.

Il y aurait intérêt à étayer cette opinion sur un grand nombre d'autopsies ; mais encore faut-il savoir où et comment on doit rechercher le foyer primitif caractéristique de l'infection exogène ; ces foyers échappent facilement aux investigations. Ils siègent le plus souvent dans le mésentère, ou dans la cavité thoracique, et là ils ont une disposition spéciale que l'auteur a décrite dans sa thèse inaugurale (De l'hérédité parasitaire de la tuberculose, 1898). Fort vraisemblablement, si l'on veut bien s'astreindre à ce contrôle rigoureux, le nombre des tuberculoses chirurgicales vraiment primitives se montrera de plus en plus faible.

Il faut ajouter, pour finir, que l'opinion défendue par M. Kuss n'est en aucune manière une réédition de la célèbre loi de Louis, *dont tout démontre l'inexactitude* : Louis parlait de tuberculose pulmonaire banale, tandis qu'il est ici question de foyers latents situés au niveau de n'importe quelle porte d'entrée ; quand cette porte d'entrée est le poumon (ce qui est la règle), la tuberculose médiastino-pulmonaire qui prend naissance diffère à tous points de vue des formes communément décrites de la tuberculose pulmonaire.

Tuberculose locale chez les vieillards et hérédité tuberculeuse. — M. Widal (Paris). La tuberculose locale osseuse ou cutanée est considérée, en général, comme exceptionnelle chez le vieillard. J'ai eu cependant l'occasion d'en recueillir dix observations chez des gens âgés de soixante-dix à soixante-dix-huit ans.

Au point de vue clinique, l'évolution de ces tuberculoses locales, commençant à un âge si avancé, a été telle qu'on l'observe chez les jeunes, qu'il se soit agi de tubercules de la peau, d'abcès froids osseux ou sous-cutanés.

L'anamnèse ne permettait de déceler, chez quelques-uns de mes malades, aucun antécédent tuberculeux personnel ; à l'autopsie de deux d'entre eux, âgés l'un de soixante-quatorze ans, l'autre de soixante-seize ans, nous avons constaté cependant, au sommet des poumons, des cicatrices fibreuses, reliquats d'anciennes lésions tuberculeuses.

Un de mes malades avait eu des hémoptysies à l'âge de vingt ans et depuis cette époque n'avait souffert d'aucune autre manifestation tuberculeuse ; deux autres vieillards, âgés de soixante-dix-huit ans, avaient souffert d'adénite sous-maxillaire tuberculeuse rapidement guérie, l'un à l'âge de huit ans, l'autre à l'âge de dix ans. Cette longue trêve de soixante-dix ans nous montre combien longtemps, chez le même individu, la tuberculose peut rester sommeillante. Elle nous enseigne combien il faut toujours redouter les retours, même chez les individus âgés guéris depuis longtemps d'une tuberculose atténuée.

Chez quelques-uns de mes malades, on constatait une sorte d'*hérédité rétrograde ;* leurs enfants avaient été frappés de tuberculose de longues années avant que l'on ait pu constater chez eux la première manifestation tuberculeuse apparente. L'un de mes malades avait perdu deux de ses enfants de tuberculose pulmonaire, trente et trente-cinq ans avant l'apparition, chez lui, de la première manifestation tuberculeuse.

Intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale. — M. Desnos (Paris). L'idée de tenter une cure radicale de la tuberculose de la vessie devait se présenter d'autant plus facilement à l'esprit des chirurgiens que cette tuberculose reste souvent localisée à l'appareil urinaire ou même à l'organe primitivement atteint. Aussi d'assez nombreuses opérations de curetage, de résection de la muqueuse de la vessie toute entière ont-elles eu lieu, donnant quelquefois un soulagement. Mais ce résultat est loin d'être la règle et ordinairement le bénéfice est nul ; de plus j'ai observé de ces cas malheureux dans lesquels, après une intervention de ce genre, la tuberculose s'est généralisée à tout l'arbre urinaire ; dans l'un en particulier j'avais pratiqué un curetage énergique de la vessie qui semblait alors seule prise ; or, peu de temps après des lésions tuberculeuses s'étendaient depuis les reins manifestement pyonéphrosés jusqu'au méat au niveau duquel j'ai pu exciser les végétations développées le long d'une sonde à demeure et que l'examen bactériologique a démontré être tuberculeuses.

Toute intervention chirurgicale n'est cependant pas interdite dans la cystite tuberculeuse, loin de là ; dans les formes douloureuses la cystotomie hypogastrique est souvent indiquée : mais il faut bien se garder à notre avis de profiter de l'ouverture de la vessie pour toucher à la muqueuse ; quelles que soient les lésions qu'on constate, il faut les respecter, drainer la vessie et établir une cystostomie : si le malade peut et veut bien garder sa fistule pendant une longue période d'au moins une année, non seulement les douleurs s'atténuent ou disparaissent, mais presque toujours les lésions subissent une amélioration, qui s'explique par la décongestion permanente des parois vésicales et la suppression des mictions.

L'interdiction d'une opération sanglante portant sur les muqueuses vésicales nous paraît donc devoir être établie aujourd'hui ; dans les formes non ou peu douloureuses, les instillations de sublimé, les injections d'huile gaïacolée donnent de bons résultats, enfin le traitement général et les conditions de milieu ont une importance presque aussi grande que dans la tuberculose pulmonaire.

Syphilide mutilante des extrémités ayant revêtu la forme d'une lésion tuberculeuse. — M. le professeur Fournier. L'école de Saint-Louis travaille en ce moment à la constitution d'un type morbide, les *tuberculides*, c'est-à-dire l'ensemble des lésions cutanées dues à la tuberculose. Or, il importe (et c'est là une grosse difficulté) de ne pas prendre pour des manifestations tuberculeuses les dermatoses provoquées par le lymphatisme, la scrofule, en un mot, par tous les états préparatoires ou connexes de la tuberculose. Il est certain que le groupe des tuberculides renferme actuellement une série de lésions que l'avenir permettra d'éliminer de ce cadre nosographique. M. Fournier vient d'observer un exemple remarquable de syphilide ayant revêtu absolument les apparences d'une tuberculide.

Il s'agit d'un homme ayant des antécédents très vagues de vérole, qui porte, depuis neuf ans, une sorte de lupus vorax des doigts : ceux-ci sont en proie à de continuelles ulcérations et il a fallu plusieurs fois les amputer partiellement. En présence de ces lésions, plusieurs diagnostics pouvaient être portés : on pouvait penser à un cas de lèpre nostras, à la syringomyélie, à la maladie de Morvan ; l'examen minutieux du malade permit d'éliminer ces hypothèses. Était-ce de la syphilis? Mais, jusqu'à présent, on ne connaît pas de lésion syphilitique ayant cet aspect. M. Fournier et tous ses collègues, auxquels il a montré le malade, avaient conclu à la tuberculose. Or, comme il est de règle de soumettre les malades atteints de tuberculose cutanée au traitement mixte de la syphilis (on rectifie ainsi le diagnostic dans bien des cas), on donna au malade de l'iodure et on lui fit des injections de calomel. Très rapidement ces lésions chroniques s'améliorèrent d'une manière progressive, et le dix-neuvième jour la guérison était complète ; il est impossible de ne pas accepter, dans ce cas, le diagnostic de syphilis.

Voilà donc un exemple frappant de soi-disant tuberculide qui relève uniquement de la syphilis.

(*A suivre*).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Angers du 1er au 7 août 1898.

Des délires transitoires au point de vue médico-légal. — M. Ch. Vallon englobe sous ce titre tous les troubles mentaux transitoires, tous les états passagers d'aliénation mentale qui sont de nature à donner lieu à une expertise médico-légale. Il les classe ainsi :

1° Vésanies transitoires (manie, mélancolie).

2° Troubles mentaux transitoires de la sphère émotive ; émotions pathologiques.

3° Impulsions irrésistibles conscientes de courte durée.

4° Troubles mentaux de la puerpéralité et de la menstruation.

5° Troubles mentaux liés à une névrose : Epilepsie, hystérie, neurasthénie, migraine ophtalmique.

6° Troubles mentaux transitoires liés à une affection des centres nerveux ou des nerfs.

7° Troubles mentaux dans les maladies autres que celles du système nerveux.

8° Troubles mentaux liés à des troubles du sommeil : Etat intermédiaire à la veille et au sommeil, somnambulisme, rêves prolongés.

9° L'égarement momentané.

M. Vallon étudie successivement chacun de ces états d'aliénation mentale transitoires, exposant pour chacun les principales opinions émises par les auteurs. Cela fait, il délimite la question en éliminant les folies intermittentes, périodiques, revenant par accès et les folies qui, ayant un début brusque, ont cependant une évolution assez longue. Puis il aborde le côté médico-légal de la question et expose les règles de l'expertise qui n'ont en somme ici rien d'absolument spécial et qui se réduisent, comme dans tous les cas d'aliénation mentale, à envisager parallèlement :

1° L'acte incriminé examiné dans les circonstances qui l'ont précédé, accompagné et suivi.

2° L'inculpé étudié dans son état présent, dans ses antécédents personnels, dans ses antécédents de famille.

Enfin M. Vallon aborde la partie de la question qui lui paraît être la plus importante, celle de savoir si, à côté de la folie transitoire, symptomatique d'un état morbide quelconque (épilepsie, intoxication alcoolique ou autre, etc.), il existe bien une folie transitoire idiopatique, indépendante de tout état morbide préexistant.

Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Existe-t-il des cas dans lesquels ni l'examen de l'inculpé ni les commémoratifs ne révèlent rien d'anormal chez l'inculpé ou dans sa famille? La presque unanimité des auteurs français répond *non* et Régis (1), résumant pour ainsi dire leur opinion, s'exprime ainsi : « L'expert doit se souvenir expressément que les faits de folie soudaine et transitoire s'observent rarement, pour ne pas dire jamais, mais que ces faits sont en général l'indice ou le résultat d'une prédisposition héréditaire ignorée, de vertiges méconnus, etc. ».

Pour ma part, dans une pratique médico-légale qui date déjà de dix ans, parmi une quantité respectable de faits soumis à mon examen, je n'en ai rencontré en dehors de l'épilepsie qu'un très petit nombre méritant d'être qualifiés d'états *d'aliénation mentale transitoire*. Tous, sans exception, relevaient manifestement soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique.

En Allemagne, on se fait généralement de la folie transitoire et des conditions dans lesquelles elle apparaît une idée différente de celle qui a cours en France. Krafft-Ebing, à côté de la folie transitoire causée par une névrose ou une maladie cérébrale, décrit une manie ou un délire transitoire « qui survient chez des individus *sains* avant et après l'accès, qui se reproduit rarement » Schwarzen et Kraeplin n'admettent pas la prédisposition héréditaire, pour eux le délire transitoire survient brusquement chez les individus *jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite*.

Mendel paraît professer la même opinion.

On admet donc en Allemagne qu'une forme au moins

(1) Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e éd., p. 707.

d'aliénation mentale transitoire peut survenir en dehors de toute prédisposition héréditaire et chez des individus parfaitement normaux. On conçoit l'importance de pareilles données au point de vue médico-légal.

Je ne voudrais pas heurter de front une opinion émise par des hommes aussi considérables que ceux dont je viens de citer les noms; il est cependant des objections que je ne puis m'empêcher de mettre en avant :

Pour les auteurs allemands, la folie transitoire est liée à des états congestifs du cerveau. *Krafft-Ebing*, nous l'avons vu, insiste beaucoup sur ce fait : « L'ensemble des phénomènes peut, dit-il, anatomiquement, se ramener à un processus hypérémiant intense, mais transitoire dans l'écorce cérébrale. » Or, quels sont les individus chez lesquels on observe le plus communément des états congestifs transitoires du cerveau? C'est précisément les aliénés dits héréditaires, raisonnants de toutes sortes, périodiques, intermittents. Il est bien étrange que la folie transitoire qui reconnaît pour base anatomique un état congestif du cerveau, se développe précisément chez des individus indemnes d'antécédents héréditaires.

D'un autre côté, rien ne ressemble à un accès de folie transitoire comme un accès de folie périodique La folie périodique reconnaissant plus que tout autre l'hérédité comme cause, la folie transitoire devrait également s'observer chez les héréditaires. Ce second argument n'est pas sans réplique, je le reconnais. On peut me répondre en effet que si l'accès transitoire et l'accès périodique se ressemblent ils sont cependant d'une nature très différente puisque le premier, à l'encontre du second, disparaît pour ne plus revenir.

Au paragraphe *manie* nous avons vu que certains auteurs considèrent la manie transitoire comme une manie ordinaire à évolution exceptionnellement rapide ; d'autres, au contraire, comme *Krafft-Ebing*, en font un type morbide spécial. Il faut avouer que, quand on lit la description du professeur de Vienne, on songe malgré soi à l'épilepsie. Comme il ressemble à un comitial ce malade qui, à la fin d'une crise qui a duré au maximum quelques heures, « tombe dans un profond sommeil dont il se réveille parfaitement lucide quelques heures plus tard, n'ayant gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé. »

Aussi, malgré la grande et légitime autorité de *Krafft-Ebing* et d'autres savants *allemands* : *Schwarzen*, *Kraeplin*, *Mendel*, si j'admets sans réserve l'aliénation mentale transitoire symptomatique de divers états morbides, je ne puis me défendre d'un doute à l'égard de la folie transitoire idiopathique. Ce doute je le traduis par les questions suivantes qui me serviront de conclusions :

1° Existe-t-il une folie transitoire se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition héréditaire, en l'absence de tout état pathologique antérieur tels que l'épilepsie, l'intoxication alcoolique, etc.?

2° Si oui, quels sont les caractères de cette folie transitoire?

3° Quelles sont ses conditions pathogéniques ou tout au moins ses causes déterminantes ?

Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. M. E. Coulon, rapporteur. — Le rôle des lésions artérielles occupe dans la pathologie du système nerveux une place importante. En m'appuyant sur les plus récents travaux d'anatomie pathologique, j'ai été amené à restreindre considérablement ce rôle au profit de l'élément nerveux proprement dit. Il m'a semblé que les réactions directes de la cellule nerveuse en présence des substances toxiques ou infectieuses qui viennent l'atteindre, suffisent pour rendre compte, dans la grande majorité des cas, des lésions qu'offrent les centres nerveux et de la symptomatologie que déterminent ces altérations.

Posée sur ce terrain, l'étude des artérites dans les affectations du système nerveux (inflammations diffuses ou systématisées, scléroses, névroses, etc.), m'a conduit aux conclusions suivantes :

1° Dans les rapports réciproques des lésions artérielles et des lésions nerveuses qui peuvent évoluer sous l'influence d'une même cause, une infection, par exemple, le degré de *dégénérescence cellulaire* héréditaire ou acquise peut rendre compte de la prédominance, variable suivant les sujets, des lésions sur le système artériel ou sur les éléments nerveux.

Les *intoxications* n'ont généralement que peu d'action sur les artères comme processus d'attaque. Elles ont probablement une influence plus marquée sur des lésions artérielles déjà constituées. Mais leur action est uniforme sur toutes les parties du système artériel et l'on doit se garder de mettre sur le compte des intoxications des lésions artérielles d'une autre nature qui peuvent coexister et qui affectent presque toujours une disposition plus ou moins circonscrite.

2° Dans la grande majorité des cas, les *lésions artérielles du système nerveux* sont des lésions d'endartérite ayant le caractère d'un processus local. Leur retentissement sur les éléments nerveux voisins ne s'expliquerait que par la propagation de l'inflammation à ces éléments si les lésions artérielles étaient primitives.

Mais le plus souvent lésions artérielles et lésions nerveuses sont concomitantes et relèvent de la même influence pathogène, le plus souvent de l'infection.

Ce fait explique pourquoi la cause pathogène, portant son effet sur tous les éléments d'un organe, peut déterminer *par des localisations très variables de l'infection sur tel ou tel point de son territoire* des lésions locales, dans lesquelles on retrouve des altérations vasculaires à côté des altérations des cellules nerveuses, alors que les territoires voisins peuvent être plus ou moins et parfois absolument respectés.

3° Les attaques violentes, qui conduisent rapidement les éléments à la nécrose, déterminent dans le tissu nerveux tous les caractères de l'inflammation aiguë. Dans la plupart des maladies infectieuses qui atteignent le système nerveux, *l'artérite est concomitante de la lésion nerveuse, mais ne la crée pas.*

Dans les inflammations plus lentes, les deux ordres de lésions peuvent marcher côte à côte, avec prédominance plus manifeste sur le système artériel ou sur les éléments nerveux, mais là encore on peut se rendre compte de l'indépendance relative de chaque ordre de lésion.

Dans les maladies qui affectent une disposition plus ou moins systématique, ce n'est pas la sclérose artérielle qui est cause de cette disposition. Les lésions dégénératives des faisceaux blancs sont bien plus nécessairement liées à des lésions de leurs centres cellulaires. Mais dans les territoires lésés, les artères participant au processus inflammatoire affectent tout naturellement dans la distribution de leurs lésions une disposition topographique en rapport avec celle du territoire lésé.

Dans les inflammations chroniques des centres nerveux

qui se terminent par la sclérose, il faut admettre que cette sclérose, qui n'est jamais uniformément étendue à tout l'organe, mais affecte plus spécialement certains territoires souvent à l'exclusion de certains autres, est la conséquence de processus inflammatoires, souvent répétés, ayant déterminé à la fois des réactions de la part des vaisseaux et de la part des éléments nerveux dans ces territoires. Mais on ne peut mettre cette sclérose sur le compte des lésions artérielles.

4° Dans la pathologie du système nerveux, le rôle des artérites est presque entièrement contenu dans celui des lésions secondaires auxquelles elles peuvent donner naissance : les dilatations anévrysmales et les phénomènes le plus souvent locaux qu'elles déterminent ; les diminutions de calibre dues à l'épaississement des parois artérielles, qui peuvent entraîner des phénomènes de claudication intermittente et d'ischémie ; les oblitérations emboliques ou thrombosiques qui déterminent des foyers de ramollissement, enfin les ruptures artérielles et tout le cortège des accidents qui leur sont attribuables.

En dehors de ces accidents, des lésions artérielles même très avancées peuvent ne se traduire par aucun symptôme.

Les troubles psychiques post-opératoires. — M. A.-J. Raynaud (d'Orléans), rapporteur. Les troubles psychiques post-opératoires ont souvent attiré l'attention des chirurgiens et des aliénistes, mais c'est principalement depuis une quinzaine d'années que les esprits semblent s'en préoccuper davantage.

La littérature médicale étrangère ainsi que la nôtre nous offrent à ce sujet de précieux documents. C'était donc une étude toute indiquée pour le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Aussi la commission a-t-elle été bien inspirée en la mettant à l'ordre du jour du programme de cette année.

Nous en avons la preuve dans le mouvement qui s'est produit depuis l'annonce de cette décision. Des cliniques, des thèses, des travaux divers ont été publiés ou sont en cours de préparation. Enfin la discussion qui vient de se poursuivre à la Société de chirurgie, le nombre et l'importance des orateurs qui y ont pris part prouvent surabondamment l'intérêt qui s'attache à la question.

Sous le titre de troubles psychiques post-opératoires on doit comprendre tous les troubles intellectuels qui peuvent survenir à la suite d'une opération, quelle que soit leur forme. Il y a lieu de distinguer ceux qui dépendent seulement de l'intervention et ceux qui ont été faussement considérés comme en étant la conséquence.

Nous verrons que cette distinction n'a pas toujours été établie.

Certains auteurs tendent avec plus ou moins de parti pris à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire dans la production de divers délires.

D'autres admettent une relation étroite entre les psychoses et les interventions chirurgicales portant sur certains organes et en particulier sur les organes génitaux.

D'autres attribuent à la prédisposition héréditaire ou acquise l'éclosion des troubles psychiques post-opératoires, regardant comme absolument négligeables des facteurs qui jouent pourtant un grand rôle dans la genèse de ces accidents.

Il convient en effet d'admettre qu'il peut exister diverses causes susceptibles de provoquer des troubles psychiques après une opération et qu'il faut les étudier avec soin de manière à dégager la part qu'il convient de leur attribuer et celle qui incombe plus particulièrement à l'intervention.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté qu'il y a de s'orienter en présence d'opinions aussi contradictoires.

En ce qui nous concerne, notre seule ambition a été de tenter un classement méthodique des idées émises, afin que la discussion qui va s'ouvrir puisse apporter quelque lumière dans une question aussi complexe.

Après avoir cité les principaux travaux publiés sur la question et en avoir fait une analyse sommaire, le rapporteur passe à l'étude de la symptomatologie de ces affections et il conclut qu'il n'existe pas de type défini de folie post-opératoire.

Si l'on en excepte certaines opérations sur le crâne et la thyroïdectomie dans lesquelles l'intervention peut engendrer seule les troubles mentaux, le rôle principal dans leur genèse revient à la prédisposition héréditaire ou acquise.

Diverses autres causes peuvent agir efficacement dans la production de ces accidents.

Les unes ont une importance des plus considérables et des plus manifestes, ce sont : 1° les intoxications d'origine interne ou externe, alcoolisme, infection, auto-intoxication ; 2° le choc moral ou la préoccupation qui accompagne l'opération.

Les autres ont une action très secondaire, ce sont les anesthésiques, les antiseptiques, l'état d'anémie ou de cachexie du sujet, la nature de l'intervention, son siège, les organes sur lesquels elle porte.

Il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposeraient plus que les autres aux troubles psychiques post-opératoires.

Les troubles psychiques sont peu fréquents à la suite des opérations. Les statistiques ne relèvent guère qu'un chiffre moyen de un à deux délires sur cent interventions et encore est-ce discutable.

Leur époque d'apparition est des plus variables. Le plus souvent ils surviennent sitôt après l'opération ; dans d'autres cas, au contraire, ils n'apparaissent qu'à une époque plus éloignée.

Leur évolution et le pronostic dépendent des causes qui les ont fait naître et des formes qu'ils revêtent. A ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

Tumeur du corps calleux. — MM. Seglas et P. Londe (de Paris) rapportent l'observation suivante : Mlle B., âgée de 21 ans, présente à partir d'octobre 1892 un état de confusion mentale auquel se joint, un mois après, de la faiblesse des membres du côté gauche, puis du côté droit. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe et du délire d'autoaccusation. A son entrée à la Salpétrière, en juin, elle est dans un état typhoïde avec carphologie, raideur des membres, exagération des réflexes. Après une rémission de deux mois, elle tombe brusquement dans un état méningitique qui l'emporte en trois semaines. Outre une tuberculose généralisée, on trouve à l'autopsie un néoplasme occupant le corps calleux et le centre ovale des deux hémisphères et qui tranche par sa coloration grisâtre et sa consistance ferme sur la substance blanche. La lésion s'étend depuis le lobe frontal jusqu'au lobe occipital. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un tissu formé de cellules araignées de la névroglie et de fibrilles fines. Les auteurs insistent sur les troubles mentaux et sur la topographie de la lésion.

Paraplégie spasmodique et dégénérescence des faisceaux pyramidaux. — M. Brissaud (Paris). Charcot a montré que la contracture permanente et les phénomènes spasmodiques qui s'y rapportent sont sous la dépendance de la dégénérescence du faisceau pyramidal. Cette manière de voir adoptée partout est devenue classique.

Depuis quelques années des contradictions sont survenues. Bastian, en 1890, soutint qu'une myélite transverse pouvait donner lieu à une paralysie flaccide avec suppression des réflexes tendineux et que l'explication de ce fait était dans la suppression par la lésion transverse de voies nerveuses qui entretiennent normalement la tonicité des cellules radiculaires des cornes antérieures, d'où la paraplégie flaccide.

Mendelsohn admet que les réflexes rotuliens suivent une voie très éloignée de la voie radiculaire simple. Ils se réfléchissent, d'après lui, dans la région cervicale de la moelle.

Vulpian avait déjà signalé des paraplégies flaccides à la suite de lésions transverses de la moelle, mais il donnait le fait brut sans fournir de théorie.

Un fait que j'ai observé récemment m'a prouvé que la loi de Charcot n'est pas atteinte et que les faits contradictoires peuvent trouver des explications très simples.

L'observation concerne un homme de 40 ans qui, atteint de syphilis, subit un traitement médical de quatre mois. Quatre ans plus tard des troubles de la marche survinrent, raideur des jambes et difficulté de la marche, tressautements. D'abord il continue à travailler, mais peu à peu les phénomènes augmentent et le malade se trouve confiné au lit. Il présente le tableau complet de la paraplégie spasmodique. Le malade resta longtemps dans cet état, n'ayant tiré aucune amélioration d'un traitement spécifique intensif. Plus tard sa paraplégie devint flaccide avec abolition des réflexes cutanés et patellaires. Enfin survinrent la cachexie, les eschares, la mort.

A l'autopsie je trouvai des lésions de myélite transverse il y avait de la méningite avec formation d'une virole de tissu scléreux qui étranglait la moelle et en avait fait une sorte de ligature. A ce niveau il était impossible de reconnaître autre chose qu'une trace d'une corne antérieure ; tout le reste était détruit avec, au-dessus et au-dessous, les dégénérescences secondaires classiques, en particulier la dégénérescence des deux faisceaux pyramidaux.

Cette lésion était celle de la paraplégie spasmodique. Comment donc y avait-il eu ensuite paraplégie flaccide ? La cause en fut trouvée dans une névrite périphérique avec des lésions poussées à l'extrême dans certains nerfs comme le tibial antérieur où il ne restait peut-être pas une fibre saine. Les cellules radiculaires correspondantes étaient peu atteintes eu égard à l'intensité de lésions périphériques. La cause de cette névrite m'échappe, mais les lésions observées permettent d'interpréter complètement les symptômes. Il est donc nécessaire, dans l'étude de cas de ce genre, d'avoir recours à un examen complet de tout le système nerveux.

La trépanation dans l'épilepsie. — M. Bourneville présente une série de crânes d'épileptiques ayant été largement trépanés ; d'après les observations de ces malades, les crises épileptiques ont reparu peu après l'opération, en même temps que se montraient des accidente nouveaux. L'explication de ces faits est donnée par l'examen des crânes de ces malades, où l'on voit des exostoses, des aiguilles osseuses au bord des ablations, de telle sorte que non seulement la libération produite par l'opération a peu duré, mais que de nouvelles productions osseuses ont déterminé des troubles nouveaux, en quelque sorte surajoutés. Ce n'est pas à dire que l'on ne doive pas intervenir chirurgicalement chez les épileptiques, mais il ne faut le faire que dans des conditions à déterminer. M. Bourneville a aussi montré qu'une large perforation *congénitale*, existant sur un autre crâne, n'a pas empêché le malade de devenir *épileptique*.

Des centres corticaux des viscères. — M. Paul Sollier. Nouveaux cas à l'appui des recherches précédentes de l'auteur, exposées dans son ouvrage sur la genèse et la nature de l'hystérie, sur la possibilité de déterminer expérimentalement et cliniquement, chez des hystériques à manifestations non symptomatiques, la localisation de certains centres corticaux des viscères. Cette méthode, dite des points douloureux, est basée sur ce fait que, à toute anesthésie ou hypéresthésie assez marquée d'un organe ou d'un membre dont le foncionnement est diminué ou arrêté, correspond une anesthésie avec point douloureux dans une région du crâne, correspondant elle-même à une anesthésie limitée du cerveau. L'expérience ayant démontré que, lorsque ce sont des régions périphériques dont les centres sont aujourd'hui anatomiquement déterminés, qui sont atteintes, ces points douloureux crâniens correspondent à la région cérébrale contenant leur centre fonctionnel, il est logique d'admettre qu'il en est de même lorsqu'il s'agit de troubles affectant des viscères dont les centres corticaux sont encore inconnus.

L'auteur apporte six nouveaux cas, dont trois se rapportent au centre de l'estomac et trois à celui du cœur, et étudiés dans des conditions d'isolement des phénomènes et de spontanéité d'apparition telles qu'elles constituent de véritables expériences naturelles. Ces nouveaux faits confirment le siège précédemment établi par l'auteur, à savoir : pour l'estomac un point bilatéral placé dans la circonvolution pariétale supérieure, sur le prolongement de la branche postérieure de la scissure de Sylvius, et pour le cœur, sur la ligne médiane même, en un point situé au-dessus du précédent. Il serait à désirer que l'anatomie pathologique s'inspirât de ces données physiologiques, expérimentales et cliniques, pour la détermination définitive de ces centres.

(*A suivre*).

CONGRÈS DENTAIRE

Lyon : 11-14 août 1898.

De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. — M. le Dr E. Sauvez (de Paris). Voici les conclusions de ce rapport : L'intervention complète est variable suivant les degrés de la phlegmasie : 1° dans la première phase, fluxion œdémateuse simple, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction ; dans la deuxième phase, fluxion phlegmoneuse, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche ; dans la troisième phase, abcès, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès ; 2° dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion ; dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires ; l'extraction suffira presque toujours pour arrêter la

marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée. Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera. Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'extraction est discutable et guidée par les symptômes locaux et généraux; 3° dans les trois périodes, l'extraction est indiquée lorsque la dent est condamnée; 4° la tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéomyélite commandent l'intervention complète; 5° le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie contre-indiquent l'intervention complète; 6° la fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses donnent des indications variables; 7° la grossesse, la lactation et la menstruation donnent des indications variables; 8° le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc.; 9° le choix de l'intervention dépend de considérations esthétiques, physiologiques et du milieu social; 10° l'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

Le chrysol en chirurgie et dans l'art dentaire. — M. Ott fait une communication sur l'emploi du chrysol en chirurgie et dans l'art dentaire avec démonstration pratique à l'appui. Le chrysol est une solution pour la dorure sans pile des métaux. Son emploi a bien vite éveillé l'intérêt des médecins, car ce moyen de dorer si simple et rapide devient d'une grande importance pour eux, puisqu'il leur permet de remettre à neuf leurs instruments en quelques instants, mais en même temps de les désinfecter d'une manière complète, car les instruments dorés au chrysol présentent la sécurité des instruments en or; l'or employé dans la fabrication de ce produit, et déposé par lui, étant au 1000/1000e, par conséquent chimiquement pur. — Dans l'art dentaire, ce moyen de dorer les instruments présente également une très grande utilité. Les dentistes peuvent, sans piles ni installation spéciale, par une simple immersion de quelques secondes dans un bain de chrysol, dorer une foule de leurs instruments (daviers, porte-empreintes, tire-nerfs, miroirs, excavateurs, lancettes, spatules, précelles, crampons (champs), sondes, etc.) L'emploi de la solution au chrysol rendra également de bons services pour les appareils de redressements et pour les pièces de prothèse en métal, d'autant plus qu'il est facile de redonner une couche d'or, lorsque celle-ci sera usée ou détériorée. Cette dorure est très résistante. La beauté et la solidité du résultat obtenu, la facilité et la rapidité presque instantanée de l'opération font de cette dorure une récréation plutôt qu'un travail.

Sur un cas d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur; enlèvement de nombreux séquestres; conservation des dents; guérison complète. — M. Adnot fils (de Marseille). Il s'agit, dans ce cas très intéressant, d'une malade de 21 ans, observée par l'auteur le 21 juin 1898, et atteinte d'ostéo-périostite généralisée du maxillaire inférieur avec douleurs violentes au niveau de tout le maxillaire et irradiations dans les deux oreilles. Le traitement par une sangsue, au niveau du rebord gingival de la canine gauche inférieure, sur la face externe du maxillaire, avec cataplasmes, ayant été institué par un médecin et n'ayant donné aucun résultat, l'auteur, consulté, institue immédiatement le traitement ordinaire : badigeonnages iodés, pointes de feu, lavages antiseptiques. Mais la maladie continue à évoluer. Les ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens, déjà fortement congestionnés, suppurent et s'abcèdent, laissant des orifices de trajets fistuleux. Sur le rebord gingival s'ouvrent d'autres trajets fistuleux assez nombreux. La malade continua pendant plusieurs mois les lavages antiseptiques de la cavité buccale, lorsqu'en examinant avec la sonde les trajets fistuleux, l'auteur arriva sur diverses portions osseuses absolument dénudées. Il enleva d'abord divers petits séquestres limités au rebord gingival. Puis, constatant de nouveaux séquestres à la base et au niveau de l'angle de la mâchoire et des deux côtés, il pria M. le Dr Pantaloni de se charger de l'opération.

Celle-ci consista dans l'enlèvement des séquestres; presque toute la face externe et la base du maxillaire étaient nécrosées de chaque côté; de petites esquilles osseuses furent extraites par la voie buccale. Les suites de l'opération furent bonnes; la cicatrisation se fit rapidement; les trajets fistuleux se fermèrent, et les dents conservées se consolidèrent. Cette observation paraît démontrer que, malgré la perte d'une grande partie des parois alvéolaires, il ne faut pas se hâter de pratiquer l'extraction des dents compromises et qu'on peut toujours espérer, chez un sujet ayant une certaine vitalité des tissus, une consolidation complète. (*A suivre.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 25 août 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les Drs Debove, médecin à l'hôpital Beaujon, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine (chevalier du 12 juillet 1886); — Peyrot, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine (chevalier du 12 juillet 1886); — Segond, chirurgien à la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine (chevalier du 12 juillet 1886).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Déjerine, médecin chef de service à la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine; — Giraudeau, médecin à l'hôpital Tenon; — Haillot, médecin à Paris; — Valude, directeur du laboratoire de l'hospice des Quinze-Vingts; — Bernard, membre du Conseil général de la Haute-Marne, maire de Voisey; — Bonnet, membre du Conseil général de la Marne, maire de Vertus; — Pillet, médecin de l'hôpital de Niort — Tauchon, médecin en chef de l'hospice général de Valenciennes.

Faculté de médecine de Lyon. — Le prix Etienne Falcouz (1 000 francs) a été décerné à MM. les Drs Paul Courmont et Nicolas.

Ecole de médecine de Nantes. — *Prix Allory-Gillois.* En vertu d'un legs fait par feu Mme Allory, il est fondé à l'Ecole de plein exercice de médecine de Nantes, un prix triennal portant le nom du Dr Allory-Gillois.

Ce prix consiste en une médaille d'or qui sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur la **Phtisie pulmonaire**, tous les trois ans, à partir de l'année 1896.

Conditions du concours. Les mémoires manuscrits et écrits en français ne seront pas signés : ils porteront une devise

reproduite sur une enveloppe annexée au mémoire et dans laquelle seront mentionnés les noms et qualités de l'auteur.

Les travaux présentés pour ce Concours devront être remis au Secrétariat de l'Ecole de Médecine de Nantes, avant le 30 juin 1899.

M. Drumont et la variole. — Ne lisant point la *Libre Parole*, nous empruntons à la *Médecine moderne* la perle ci-dessous :

Il est toujours amusant d'entendre un aveugle parler de couleurs.

Voici quelques opinions émises par M. Drumont dans la *Libre Parole* sur la vaccine et la variole.

« A mon avis, l'Anglais Jenner, qui a inventé la vaccine, a été un des plus grands malfaiteurs de l'humanité...

« La petite vérole n'a jamais été une maladie. C'est un admirable travail de l'organisme, une opération spontanée de la nature, qui rejette violemment, qui expulse, qui dépose au dehors les principes mauvais qui sont dans le corps. C'est une floraison, un épanouissement, une crise sublime...

« Etudiez attentivement les signes que présentent le croup, la fièvre typhoïde, la phtisie pulmonaire, et vous reconnaîtrez que ce ne sont que des répercussions de la petite vérole, des petites véroles retournées.

« Tout ce que les savants d'académie racontent là dessus est pure blague. Il y a eu des bacilles autrefois comme il y avait des financiers voleurs ; seulement, on laissait la petite vérole se charger d'expulser les bacilles et on envoyait les financiers au gibet de Montfaucon. Le corps humain et le corps social se portaient mieux.

« La matière caustique qui cherche son chemin produit tantôt des cancers, tantôt des méningites ; elle se porte tantôt ici et tantôt là ; elle s'attaque chez les uns aux poumons, chez les autres au cerveau C'est ainsi que s'explique la progression incroyable des maladies mentales, qui ont décuplé depuis un siècle, et le nombre sans cesse grandissant de ces suicides qui sont des formes de l'affection mentale.

« Ces considérations ne s'adressent, encore une fois, qu'à des esprits déjà formés et mûris par la réflexion individuelle. La masse continuera à croire que Jenner est un grand homme et à faire vacciner ses enfants. »

Espérons-le pour les enfants.

Postes médicaux. — On demande, à Arcuna, dans le Guipuzcoa, un chirurgien au traitement de 4 fr. 50 par mois, et à Villar de Gallimazo (Salamanque) un médecin qui touchera mensuellement 4 fr. Les demandes doivent être adressées avant la fin du mois aux alcades de ces communes.

Comme pour toute place à traitement fixe, les candidats ne peuvent manquer d'être nombreux.

Edit contre les corsets en Russie. — Hospodin Bogoljervow, le ministre de l'Instruction publique récemment nommé en Russie, a inauguré son ministère en lançant un ordre défendant aux jeunes filles russes, élèves des hautes écoles universitaires et écoles de musique et beaux-arts, de porter un corset. Il les engage à porter le costume national. Le ministre dit qu'il a passé beaucoup de temps à visiter les écoles de filles et qu'il a acquis la certitude que le corset est certainement nuisible à la santé et au développement physique de celles qui en portent.

Une laparotomie sur la sœur du Sultan. — La sœur du Sultan vient d'être opérée avec succès pour une sténose hypertrophique du pilore par le Dr Djémil pacha. Immédiatement après l'opération, il a reçu l'Ordre de l'Osmanié.

Sept chirurgiens assistaient à l'opération, et la dissémination de la réussite de cette opération parmi les Turcs aura la plus grande influence pour le traitement médical ou chirurgical des femmes musulmanes par les médecins. (*Journ. d'acc. de Liège.*)

Nécrologie. — Le Dr Couturier, de Beaurepaire (Isère), reçu en 1885. — Le Dr Puy-le Blanc, médecin consultant à Royat, avait à peine commencé sa saison d'eaux minérales lorsqu'il s'est senti pris d'une affection organique de l'estomac qui l'a obligé à revenir chez lui, à Niort, où il est mort il y a quelques jours, à l'âge de 54 ans. — Le Dr Noir, de Chantelle (Allier), reçu en 1865. — Le Dr Zoncarol, d'Alexandrie (Egypte). — M. Cattiaux, médecin à Paris, rue de Belleville, ancien conseiller municipal de Paris, reçu en 1845.

La mortalité à Paris. — Pendant la dernière quinzaine, du 14 au 27 août 1898, le service de la statistique a compté 2.496 décès, chiffre très supérieur à la moyenne 1.688.

Les maladies épidémiques sont moins rares, 86 au lieu de la moyenne 82; la fièvre typhoïde a causé 12 décès au lieu de la moyenne 20, la rougeole 25 au lieu de la moyenne 12, la scarlatine 7 au lieu de la moyenne 6, la coqueluche 25 au lieu de la moyenne 12, la diphtérie 7 au lieu de la moyenne 18.

Il y a eu 1 décès par variole.

En raison de la chaleur anormale des dix premiers jours, la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a subi une augmentation considérable, elle a causé 553 décès au-dessous de 1 an au lieu de la moyenne 196.

En outre 49 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont heureusement diminué pendant cette période.

La phtisie pulmonaire a causé 302 décès au lieu de la moyenne 360 ; la méningite tuberculeuse, 32 décès ; la méningite simple, 57 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 46 décès ; l'apoplexie cérébrale comme dans toutes les périodes caniculaires a fait un grand nombre de victimes ; elle a causé 193 décès au lieu de la moyenne 66; la paralysie, également en augmentation pour les mêmes causes, 40 décès au lieu de la moyenne 14 et le ramollissement cérébral, 17 décès ; les maladies organiques du cœur 109 au lieu de la moyenne 96 ; le cancer a fait périr 101 personnes. Enfin, 85 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 41 suicides, et 69 autres morts violentes (au lieu de la moyenne 30). Dans ces chiffres sont compris 15 insolations.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER, 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*